

Polizza Sanitaria Piano Base
contratto dalla
Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza
a favore dei Dottori Commercialisti

Condizioni di assicurazione

NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

INDICE

Sezione A – Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi	Pag. 3
Sezione B – Prestazioni extra ricovero	Pag. 5
Sezione C – Perdite patrimoniali	Pag. 7
Sezione D – Attività di supporto e assistenza - Obblighi della società	Pag. 9
Sinistro	Pag. 17
Condizioni generali di assicurazione	Pag. 20
Definizioni	Pag. 23
Elenco grandi interventi chirurgici	Allegato I
Elenco gravi eventi morbosi	Allegato II
Elenco strutture sanitarie convenzionate	Allegato III
Modulo di denuncia di sinistro	Allegato IV

SEZIONE A – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI**Art. A.1. – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza della somma di € 260.000,00 da intendersi come disponibilità massima a favore di ciascun assicurato che abbia subito uno o più sinistri nel medesimo anno assicurativo.

La Società indennizza le spese per:

GARANZIE PRINCIPALI**GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO** (purché previsto nell'elenco di cui all'allegato I)

- A.1.1. gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- A.1.2. i diritti di sala operatoria;
- A.1.3. il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- A.1.4. l'assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
- A.1.5. rette di degenza;
- A.1.6. intervento chirurgico;
- A.1.7. accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;
- A.1.8. esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio (fino alla concorrenza di € 5.000,00 per ogni Assicurato e per ciascun anno assicurativo) di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), effettuate nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e pertinenti all'intervento chirurgico;
- A.1.9. trapianto, prelievo, impianto ed espianto di organi o parte di essi; ricovero, accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, cure, medicinali e rette di degenza, intervento chirurgico anche del donatore.

GRAVE EVENTO MORBOSO (purché previsto nell'elenco di cui all'allegato II)

- A.1.10. rette di degenza;
- A.1.11. assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- A.1.12. accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;
- A.1.13. spese sostenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione dall'istituto di cura per visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari;
- A.1.14. in caso di solo trattamento domiciliare, le spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari sostenute nei 180 giorni successivi alla data in cui è stato diagnosticato l'evento morboso, fino alla concorrenza di € 18.000,00 per ogni assicurato e per ciascun anno assicurativo.

GARANZIE ACCESSORIE ALLE PRINCIPALI

In caso di evento assicurato ai sensi delle Garanzie Principali, si intendono efficaci le seguenti Garanzie Accessorie:

Art. A.1.15. - INDENNITA' SOSTITUTIVA

Nel caso in cui l'assicurato, a seguito di sinistro, non faccia richiesta di indennizzo, la Società corrisponderà un'indennità di € 150,00 ogni giorno di ricovero per una durata massima di 180 giorni per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato.

Art. A.1.16. - DAY HOSPITAL

L'assicurazione è efficace anche nel caso di degenza in istituto di cura in regime di "day hospital" resa necessaria da sinistro.

Art. A.1.17. - INDENNITA' DI LUNGA CONVALESCENZA

In caso di ricovero, la Società corrisponderà un'indennità di convalescenza di € 100,00 per ogni giorno successivo alle dimissioni dall'Istituto di cura per un numero di giorni pari a quelli del ricovero. Detta indennità verrà corrisposta qualora nel periodo di convalescenza l'Assicurato non risulti in grado di provvedere autonomamente a tre dei quattro atti elementari della vita quotidiana: vestirsi, lavarsi, deambulare, nutrirsi. L'Assicurato dovrà produrre apposita certificazione medica attestante la sussistenza delle condizioni sopraindicate.

Art. A.1.18. - COLPA GRAVE DELL'ASSICURATO

Si precisa che vengono compresi nella copertura tutti gli eventi che non siano causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato. Sono inclusi nella garanzia, quindi, anche tutti gli eventi determinati da colpa grave dell'Assicurato.

Art. A.2. – RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia pediatrica;
2. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
4. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzate
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Art. A.3. – SCOPERTO, FRANCHIGIA, LIMITI DI INDENNIZZO

In aggiunta a quanto già disciplinato in polizza per singole garanzie, sono previsti i seguenti limiti all'indennizzo pagato dalla Società:

ARTICOLI	GARANZIA	FRANCHIGIA	SCOPERTO	MASSIMO SCOPERTO	MASSIMO INDENNIZZO
	Ricovero presso strutture non convenzionate con la Società	250,00	10%	2.500,00	
	Prestazioni a favore di assicurati di oltre 75 anni di età	1.000,00	10%	5.000,00	
	Retta di degenza in caso di ricovero presso struttura non convenzionata				300,00 al dì
	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche presso strutture convenzionate				2.600,00 per nucleo familiare
	Accertamenti diagnostici e visite specialistiche presso strutture non convenzionate	50,00	25%		2.600,00 per nucleo familiare
	Malattie mentali	500,00			10.000,00 per nucleo familiare

SEZIONE B – PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO**Art. B.1. – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione è prestata a favore di ciascun assicurato nei seguenti casi:

Art. B.1.1. - MALATTIE ONCOLOGICHE

Nel caso di malattia oncologica, la Società sostiene le spese, non altrimenti indennizzabili a termini di polizza, ospedaliere ed extra ospedaliere per chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e laser. Sono, inoltre, comprese, nella garanzia le visite mediche e gli accertamenti diagnostici conseguenti alla terapia oncologica.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 per persona e/o per nucleo familiare.

Art. B.1.2. - PREVENZIONE

La Società (a favore dei soli iscritti alla Cassa) provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con la Società e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione (**a cui provvede direttamente la Società per conto dell'Assicurato dietro richiesta del medesimo**):

Prelievo venoso, Urea, ALT, AST, Gamma GT, Glicemia, Colesterolo totale, Colesterolo HDL, LDL, Trigliceridi, Creatinina, Emocromo, Tempo di tromboplastina parziale (PTT), Tempo di protrombina (PT), VES, Urine.

Elettrocardiogramma da sforzo.

Oltre i 50 anni di età

Per tutti

Ricerca sangue occulto feci Radiografia polmonare *Ecodoppler* TSA

Per gli uomini (una volta l'anno) PSA (specifico antigene prostatico)

Per le donne (una volta l'anno) Mammografia ed Ecografia mammaria

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 2.000,00 per persona e/o per nucleo familiare. Art.

B.1.3. - ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società indennizza le spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)

Angiografia, Artrografia, Broncografia, Cisternografia, Cistografia, Clisma opaco, Colangiografia, Colangiografia per cutanea, Colecistografia, Dacriocistografia, Defecografia, Discografia, Fistelografia, Flebografia, Fluorangiografia, Galattografia, Isterosalpingografia, Linfografia, Mammografia, Mielografia, Pneumoencefalografia, Retinografia, Rx esofago, Rx tubo digerente, Scialografia, Splenoportografia, Tomografia torace, Tomografia in genere, Tomografia logge renali, Tomoxerografia, Urografia, Vesciculodeferentografia, Chemioterapia, Cobaltoterapia, Dialisi, Elettromiografia, Laserterapia a scopo fisioterapico, Risonanza Magnetica Nucleare, Scintigrafia, Tomografia Assiale Computerizzata (TAC).

La presente garanzia è operante esclusivamente per eventi conseguenti ad un ricovero per Grande Intervento o Grave Evento morboso come da Allegati I e II.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 8.000,00 per persona e/o per nucleo familiare. Solo in caso di accesso a strutture sanitarie non convenzionate è prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di euro 50,00 per ogni prestazione.

In caso di accesso a strutture sanitarie convenzionate, la Società provvede direttamente alla prenotazione per conto dell'assicurato e dietro richiesta del medesimo. In tutti gli altri casi casi valgono le disposizioni di cui all'art. 2 lett. a) e b).

Art. B.1.4. - DIAGNOSI COMPARATIVA

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:

Morbo di Alzheimer, AIDS, Cecità, Malattie neoplastiche maligne, Problemi cardiovascolari, Sordità, Insufficienza renale, Perdita della parola, Trapianti degli organi vitali, Patologie neuromotorie, Sclerosi multipla, Paralisi, Morbo di Parkinson, Ictus, Coma, potrà essere richiesto dall'Assicurato un riesame del caso mediante l'invio alla Società di tutta la documentazione medica necessaria.

La Società provvederà, previo esame della documentazione richiesta, attraverso una rete di consulenti medici specializzati nelle patologie sopraindicate a livello mondiale, a ottenere una nuova valutazione medica e a trasmetterla all'Assicurato.

Il servizio può essere attivato mediante contatto con la Centrale Operativa della Società.



Entro 15 giorni dall'invio della documentazione medica necessaria, la Società provvederà a inoltrare all'Assicurato la diagnosi comparativa contenente i nomi di almeno due degli specialisti consultati e le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata; la Società fornisce inoltre la consulenza necessaria per fissare un appuntamento con il medico individuato.

Per i clienti che intendano entrare in contatto con medici all'estero, la Società mette a disposizione la propria Centrale Operativa per organizzare la degenza nell'ospedale, la sistemazione alberghiera, il viaggio e garantire eventualmente la presenza di un interprete.

Art. B.1.5. - CONTAGIO DA VIRUS DA H.I.V.

In caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del ricovero, la Società corrisponde un indennizzo di euro 20.000,00. **Tale somma deve essere considerata in aumento rispetto ad eventuali altri indennizzi spettanti all'assicurato in base ad altre garanzie di polizza.**

Art. B.2. – RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia pediatrica;
2. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
4. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzate;
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

SEZIONE C – PERDITE PATRIMONIALI

Art. C.1. – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata a favore di ciascun assicurato nei seguenti casi:

Art. C.1.1. - MANCATO REDDITO

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato, per almeno quattro mesi, ad esercitare proficuamente la professione, la Società provvede ad indennizzare le spese sostenute e documentate quale prova delle condizioni di particolare disagio economico. L'evento che ha determinato la richiesta si deve essere verificato successivamente alla data di attivazione del presente contratto e purché sussista il seguente parametro economico: non usufruire di un reddito annuo complessivo superiore a €. 24.000,00 aumentato di € 3.000,00 per ogni persona a carico. La presente garanzia è limitata agli iscritti e pensionati attivi e non si estende ai familiari.

Art. C.1.2. - MORTE DA INFORTUNIO

In caso di morte dell'assicurato dovuta a causa fortuita, violenta ed esterna la Società corrisponderà agli aventi diritto un importo pari ad € 25.000,00. In caso di mancato ritrovamento del cadavere, la liquidazione della somma avverrà decorsi 90 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 c.c..

Art. C.1.3. - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO E DA MALATTIA

In caso di invalidità permanente dell'assicurato di grado pari o superiore al 66% dovuta a causa fortuita, violenta ed esterna o a malattia, la Società gli corrisponderà un importo pari a € 50.000,00. La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio o della malattia che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio o dalla malattia come se avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Per la determinazione del grado di invalidità la Società farà riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche così come in vigore al 30.06.2000.

Art. C.1.4. - STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA (LONG TERM CARE) E MORTE

La Società indennizza le spese per servizi di assistenza, sanitaria e non, richiesti dall'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza inteso come l'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei seguenti quattro atti della vita quotidiana:

- capacità di lavarsi;
- nutrirsi;
- deambulare;
- vestirsi.

La garanzia è efficace a favore di coloro i quali non si trovino nelle condizioni di non autosufficienza sopra esposte al momento dell'entrata in vigore del contratto e per le sole conseguenze di malattia o infortunio subiti successivamente all'entrata in vigore stessa. Relativamente ai soli pensionati e ai loro familiari, la garanzia non è efficace per coloro ai quali, al momento dell'entrata in vigore del contratto, siano già stati diagnosticati i morbi di Alzheimer o di Parkinson.

Il massimale annuo garantito è pari a € 12.000,00 da corrispondere alternativamente, dietro richiesta dell'assicurato, in un'unica soluzione o sotto forma di rendita mensile (fino a € 1.000,00).

La durata massima della copertura è di anni cinque.

Nel caso in cui l'assicurato, a seguito della patologia che ha causato lo stato di non autosufficienza di cui al presente articolo, dovesse decedere, la Società riconoscerà ai suoi eredi la somma di € 10.000,00. In quest'ultimo caso gli eredi dovranno fornire la documentazione sanitaria attestante che il decesso è conseguente alla medesima patologia che ha causato lo stato di non autosufficienza.

Art. C.1.5. - MANCATA FREQUENZA AI CORSI DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE OBBLIGATORI

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di grave intervento chirurgico o di grave evento morboso così come elencati negli allegati I e II, o di invalidità permanente da infortunio o malattia pari o superiore al 50% della totale, accertato medicalmente, non sia in condizione di frequentare i corsi di aggiornamento professionale obbligatori per 180 giorni consecutivi, la Società corrisponde un indennizzo di € 5.000 per favorire il recupero della formazione. La prestazione in esame è operante unicamente nel caso in cui l'iscrizione al corso sia stata effettuata in data antecedente all'insorgenza della patologia / infortunio causa del grave intervento chirurgico o del grave evento morboso di cui agli allegati I e II o della patologia / infortunio che ha causato l'invalidità permanente superiore al 50% della totale.

Art. C.1.6. – RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia pediatrica;
2. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
4. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzate;
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

SEZIONE D – ATTIVITÀ DI SUPPORTO ED ASSISTENZA - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ**Art. D.1. – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione è prestata a favore di ciascun Assicurato nei seguenti casi:

AREA ASSISTENZA SANITARIA**Art. D.1.1. - TRASPORTO SANITARIO**

La Società organizza il trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di ritorno alla propria abitazione.

Il massimale annuo corrisponde ad € 6.000,00 per persona.

Art. D.1.2. - ACCOMPAGNATORE

La Società organizza il vitto e il pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di € 130,00 giornalieri con il massimo di 30 giorni.

Art. D.1.3. - ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA E ALL'ESTERO

La Società dovrà fornire supporto agli assicurati nell'istruzione delle pratiche attraverso:

- una Centrale operativa dotata di un *call center* dedicato e con un numero telefonico gratuito (numero verde) per le chiamate sia dall'Italia ed un numero dedicato per le chiamate dall'estero, composta da almeno 10 operatori e caratterizzato dalla costante disponibilità di personale medico; I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa della Società telefonando al numero verde **800 555 266** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+39 011.7425507**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione *tickets*, ecc.);

- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

c) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà a inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

d) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, L'assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si terrà a proprio carico le spese di soggiorno nel limite di € 500,00 per sinistro.

e) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di speciali medicinali irripetibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Rimane a carico dell'assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite una volta per ogni infortunio o malattia e con un massimo di tre volte per ciascun Assicurato ed anno assicurativo e operano esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.

Art. D.1.4. – CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare. Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche. Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

Art. D.1.5. – INVIO DI UN MEDICO GENERICO

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria residenza nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico. Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa

ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una struttura sanitaria mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

Art. D.1.6. – PRENOTAZIONE DI VISITE ED ESAMI

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, dietro prescrizione del medico di base, la Centrale Operativa provvederà a prenotare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate.

La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi. Resta a carico dell'Assicurato il costo delle visite mediche e/o degli esami.

Art. D.1.7. – PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia certificati dal medico curante, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la residenza dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui il prelievo non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede a organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

Art. D.1.8. – INVIO DI UN INFERMIERE

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, un'assistenza infermieristica presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

Art. D.1.9. – INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio, necessiti delle prestazioni di un fisioterapista presso la propria residenza, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

Art. D.1.10. – FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO CHIRURGICHE

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, una o più delle seguenti attrezzature medicochirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro, tenendo il costo a carico della Società. Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Società provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di € 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'Assicurato stesso. Tale somma deve essere considerata in aumento rispetto ad eventuali altri indennizzi spettanti all'assicurato in base ad altre garanzie di polizza.

Art. D.1.11. – CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza presso la propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, che comporti una permanenza a letto o una situazione di forte disagio - certificati da prescrizione medica - la Centrale Operativa per un periodo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna al domicilio di farmaci non salvavita.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire – nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Società.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

Art. D.1.12. – INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria residenza, in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa - compatibilmente con le disponibilità locali - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico della Società fino a un massimo di 30 ore.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurato in moduli di 4 o 6 ore cadauna nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

Art. D.1.13. – TUTORING SANITARIO

La Centrale Operativa, supportata dallo *staff* medico interno, chiama regolarmente l'Assicurato o un suo familiare durante la convalescenza e per un periodo non superiore a 30 giorni, successivamente alle dimissioni da una struttura sanitaria in cui sia stato precedentemente ricoverato a seguito di infortunio o malattia, per accertare il suo stato di salute e le eventuali esigenze e necessità personali.

Il tutor medico assiste l'Assicurato o la sua famiglia, programmando i contatti telefonici in base alla situazione clinica, per l'accoglimento delle esigenze personali/cliniche e l'orientamento sulle prestazioni, in allineamento con il medico curante.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione.

Art. D.1.14. – INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alla dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, debba effettuare una visita di controllo o un esame diagnostico in una struttura sanitaria, come certificato da prescrizione medica, in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a inviare un accompagnatore o un

mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza alla struttura sanitaria interessata, tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di € 300 per sinistro. Tale somma deve essere considerata in aumento rispetto ad eventuali altri indennizzi spettanti all'assicurato in base ad altre garanzie di polizza.

Art. D.1.15. – CONSEGNA DOCUMENTI DI LAVORO

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza presso la propria residenza, a seguito di infortunio o malattia che comporti una permanenza a letto di almeno 5 giorni – certificati da prescrizione medica – ed abbia la necessità di recapitare o di ricevere documenti di lavoro che rivestano carattere di urgenza, la Centrale Operativa per un periodo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna dei documenti.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa fornendo l'elenco dei documenti ed indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna. La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli uffici.

L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Società.

Art. D.1.16. – CONSEGNA SPESA

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza presso la propria residenza, a seguito di infortunio o malattia che comporti una permanenza a letto di almeno 5 giorni – certificati da prescrizione medica – ed abbia la necessità di reperire generi alimentari o di prima necessità, la Centrale Operativa per un periodo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna dei generi stessi.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché reperibili nei supermercati, ed indicando il luogo presso cui recapitarli. La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne – fino a tre volte la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli esercizi commerciali.

L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Società. A carico dell'Assicurato resta solo il costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

Art. D.1.17. - INVIO DI UNA *BABY SITTER*

Qualora l'assicurato, a seguito di ricovero per infortunio o malattia in una struttura sanitaria da cui non possa essere dimesso entro tre giorni dalla data del ricovero, sia nell'impossibilità di occuparsi dei figli minori con lui conviventi e nessun altro familiare possa prendersene cura, la Centrale Operativa provvede a reperire una baby sitter e ad inviarla presso la residenza dell'assicurato per occuparsi dei minori.

La prestazione opera fino alla concorrenza di euro 350,00 per sinistro.

In alternativa la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare, residente ad oltre 50 km dal comune in cui risiede l'Assicurato, un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe economica) o treno (prima classe), per raggiungere ed accudire il minore presso la residenza dell'Assicurato, tenendone il costo a carico della Società.

Art. D.1.18. - INVIO DI UN INSEGNANTE A DOMICILIO

Qualora il figlio/a dell'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, certificati dal proprio medico di base o da altro specialista, o dalla struttura sanitaria da cui sia stato dimesso, sia impossibilitato a recarsi a scuola ed abbia la necessità di ricevere lezioni relative al programma di studi previsto per il proprio istituto scolastico, la Centrale operativa, compatibilmente con le disponibilità locali, provvede a reperire un tutor convenzionato e ad inviarlo presso l'abitazione dell'assicurato, tenendone il costo a carico della Società fino ad un massimo di dieci ore per sinistro.

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con tre giorni di anticipo.

AREA ASSISTENZA DOMESTICA

Qualora l'Assicurato, colpito da sinistro infortunio o malattia certificati da prescrizione medica, venga a trovarsi in uno stato di difficoltà presso la propria residenza, la Centrale Operativa offre le seguenti prestazioni fino a tre volte per ciascun sinistro per anno assicurativo:

Art. D.1.19. - INVIO DI UN FABBRO O DI UN FALEGNAME

Qualora l'assicurato necessiti dell'intervento d'emergenza di un fabbro o di un falegname presso la propria abitazione perché la funzionalità degli accessi o la loro sicurezza è compromessa a seguito di:

- furto, consumato o tentato;
- smarrimento, scippo, rapina, rottura delle chiavi;
- guasto o scasso di serrature o serrande.

La Centrale operativa provvede al suo invio per ripristinare l'efficienza degli accessi fino alla concorrenza di euro 250,00 per sinistro e per anno assicurativo. Sono compresi i costi relativi a parti di ricambio o componenti usurati o guasti, strettamente necessari per effettuare la riparazione d'emergenza.

L'intervento è limitato alle porte e alle finestre di accesso dall'esterno dell'abitazione.

L'eventuale addebito del diritto di chiamata è a carico della Società, anche in eccedenza al limite sopra indicato.

Sono a carico dell'assicurato gli interventi:

- su porte e cancelli che non sono di pertinenza dell'abitazione e di proprietà o possesso dell'assicurato;
- su impianti di sicurezza e allarme.

Art. D.1.20. - INVIO DI UN IDRAULICO

Qualora l'Assicurato necessiti dell'intervento d'emergenza di un idraulico presso la propria abitazione per:

- allagamento, mancanza totale d'acqua o di riscaldamento dovuti a rottura, occlusioni o guasto di condutture fisse dell'impianto idraulico o termico;
- infiltrazioni dovute a rottura o guasto delle tubazioni, condutture fisse dell'impianto idraulico verificatesi nell'abitazione situata in un fabbricato occupato solo dal nucleo familiare

dell'Assicurato;

la Centrale operativa provvede al suo invio per riparare il danno fino alla concorrenza di euro 250,00 per sinistro e per anno assicurativo. Sono compresi i costi relativi a parti di ricambio o componenti usurati o guasti, strettamente necessari per effettuare la riparazione d'emergenza.

L'eventuale addebito del diritto di chiamata è a carico della Società, anche in eccedenza al limite sopra indicato.

Sono a carico dell'assicurato gli interventi:

- interruzioni della fornitura dipendenti dall'ente erogatore;
- rottura, occlusione o guasto di rubinetti e di tubature mobili collegate o meno a qualsiasi apparecchio;
- infiltrazioni derivanti da guasto di rubinetti o sanitari;
- mancato scarico delle acque nere degli impianti igienico-sanitari dovuto a occlusione di condutture fisse di scarico dell'impianto idraulico facenti parte della colonna di scarico condominiale o di altre tubazioni di proprietà comune.

Art. D.1.21. - INVIO DI UN ELETTRICISTA

Qualora l'assicurato necessiti dell'intervento d'emergenza di un elettricista presso la propria abitazione per mancanza di corrente dovuta a guasto d'interruttori, impianti di distribuzione o prese di corrente interni, la Centrale operativa provvede al suo invio per riparare il danno fino alla concorrenza di euro 250,00 per sinistro e per anno assicurativo. Sono compresi i costi relativi a parti di ricambio o componenti usurati o guasti, strettamente necessari per effettuare la riparazione d'emergenza.

L'eventuale addebito del diritto di chiamata è a carico della Società, anche in eccedenza al limite sopra indicato.

Sono a carico dell'assicurato gli interventi:

- interruzioni di fornitura dovuti all'ente erogatore;
- guasti o malfunzionamento al cavo di alimentazione generale dell'edificio in cui è situata l'abitazione;
- guasti o malfunzionamenti del contatore.

AREA ASSISTENZA VIAGGIO

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite 3 volte per ciascun sinistro ed anno assicurativo e operano in viaggio all'estero e ad oltre 50 Km dal Comune di residenza.

Art. D.1.22. – INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero in una struttura sanitaria e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio d'informazioni tra l'Assicurato stesso ed i medici curanti, la Centrale Operativa, compatibilmente con le disponibilità locali, provvede a reperirlo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

Art. D.1.23. – VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio sia ricoverato in una struttura sanitaria e non possa essere

dimesso entro 5 giorni dalla data del ricovero e richieda, in assenza di un familiare maggiorenne sul posto,

di essere raggiunto da questi, la Centrale Operativa:



- mette a disposizione di quest'ultimo un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- prenota per il familiare un albergo.
- La prestazione di cui al secondo punto opera fino alla concorrenza di € 500 per Assicurato e solo per il costo relativo alla camera e alla prima colazione.

Art. D.1.24. – **RIENTRO SANITARIO**

Qualora nel corso di un viaggio, a seguito di malattia o infortunio, vi sia la richiesta di trasferire l'Assicurato presso la sua residenza o in una struttura sanitaria prossima alla sua residenza idonea a garantirgli cure specifiche, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a:

- a. organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra:
- aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);
 - aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
 - treno (prima classe);
 - autoambulanza;
 - altri mezzi adatti alla circostanza;

b. fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico, se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro.

Art. D.1.25. – **RIENTRO DEL CONVALESCENTE**

Qualora nel corso di un viaggio l'Assicurato, a seguito di un ricovero e durante la convalescenza, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'Assicurato alla sua residenza nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;
- fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro.

Art. D.1.26. – RIENTRO FUNERARIO

Qualora l'Assicurato deceda nel corso di un viaggio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto tutte le formalità.

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro.

Restano a carico dei familiari dell'Assicurato le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo, oppure in caso di disposizioni di legge del luogo che ne impediscano il trasporto o se l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica), o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto.

Art. D.2. – RISCHI ESCLUSI

L'assicurazione non è operante per spese sostenute dall'Assicurato:

1. a seguito della partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni e alle relative prove salvo le gare di regolarità pura;
2. senza autorizzazione della Centrale Operativa;
3. a seguito di pilotaggio di aeromobili, pilotaggio e uso di deltaplani, ultraleggeri, parapendio, nonché guida e uso di mezzi subacquei;
4. per le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia pediatrica;
5. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
6. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
7. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzate;
8. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

SINISTRO**Art. 1 – DENUNCIA DI SINISTRO**

La denuncia del sinistro, deve essere così articolata:

- 1. informazione telefonica preventiva alla Centrale operativa;**
- 2. invio alla Società di apposito modulo debitamente compilato (vedasi allegato III), rispettando la seguente tempistica: di 30 giorni dal ricovero o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità;**

Art. 2 – ACCESSO ALLE STRUTTURE SANITARIE

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato, dopo avere informato telefonicamente la Centrale operativa (salvo casi di comprovata urgenza) può rivolgersi:

a) A Strutture Sanitarie Private non convenzionate

In questo caso le spese relative effettuate e previste dalle garanzie vengono rimborsate all'Assicurato dietro presentazione della documentazione comprovante le spese medesime.

b) Al Servizio Sanitario Nazionale

In questo caso le garanzie sono operanti esclusivamente per le eventuali spese o eccedenze di spese restanti a carico dell'Assicurato, compresi *ticket* sanitari per prestazioni garantite dalla polizza, che vengono integralmente rimborsate nel limite del massimale assicurato dietro presentazione della documentazione comprovante le spese medesime.

c) A Strutture Sanitarie Private convenzionate e medici convenzionati

Previa prenotazione tramite la Centrale Operativa della Società presso strutture con essa convenzionate, tutte le spese indennizzabili relative ai servizi erogati, nei limiti dei massimali previsti, verranno liquidate direttamente dalla Società, senza applicazione di scoperti e/o franchigie. Eventuali spese relative a prestazioni sanitarie specifiche erogate da personale non convenzionato saranno invece soggette a rimborso.

All'interno delle strutture sanitarie possono essere stipulati rapporti di convenzione diretta con medici per attività ambulatoriale e in degenza.

In considerazione delle frequenti variazioni dell'elenco dei medici convenzionati, lo stato di convenzionamento di ogni medico va preventivamente verificato con la centrale operativa della Società.

Modalità di accesso alle prestazioni presso le strutture sanitarie "convenzionate".

L'assicurato che intenda usufruire di prestazioni sanitarie ambulatoriali o in ricovero presso strutture sanitarie "convenzionate" con "presa in carico diretta", deve preventivamente prendere contatto con la

Centrale Operativa di Blue Assistance

Orario: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30

Tel. **800 555 266**.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+39 011.7425507**.

Fax: 0117425420

Indirizzo: **Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino**.

comunicando e trasmettendo:

- generalità e, qualora necessario per l'identificazione, numero di polizza;
- prescrizione medica della prestazione richiesta in cui sia indicata la motivazione e/o il dubbio diagnostico;
- indicazione della struttura sanitaria e del medico.

La centrale operativa deve fornire all'assicurato, entro 8 (otto) ore lavorative dalla richiesta, tramite sms o contatto telefonico, conferma della "presa in carico" o deve esporre i motivi per cui la presa in carico è negata o per la quale deve essere fornita ulteriore documentazione.

Deve altresì fornire l'importo di eventuali franchigie o scoperti contrattuali a carico dell'assicurato, nonché informazioni relative agli istituti e medici convenzionati.

In casi di comprovata urgenza, ove il preavviso non fosse possibile, l'assicurato, entro e non oltre 24 ore dal ricovero in struttura sanitaria convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata e/o al medico convenzionato, le competenze, al netto dell'eventuale scoperto e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate.

Qualora, previa presa in carico, venga effettuato un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, saranno a carico della Società, con le eventuali franchigie previste, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione.

Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'assicurato e verranno liquidate in forma rimborsuale con le modalità previste dalla lett. a) del presente articolo.

Art. 3 – MODALITA' DI RIMBORSO

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute presso Strutture Sanitarie **non convenzionate** o presso il Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato deve inviare alla sede della Società **Blue Assistance - Via Santa Maria, 11 - 10122 Torino.**

Il modulo di denuncia di sinistro (vedasi *allegato III*) corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzate.

Dopo ogni sinistro, la Società restituisce gli originali dei documenti di spesa, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, la Società liquiderà all'Assicurato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

E' in facoltà dell'Assicurato richiedere anticipatamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate in misura non superiore del 50% delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle stesse non sia inferiore ad € 15.000,00. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

Art. 4 – RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia alla facoltà di surroga spettantegli ai sensi dell'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili del sinistro.

Art. 5 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società, mediante struttura centralizzata dedicata alla gestione dei sinistri e alla liquidazione dei danni, provvede al pagamento dell'indennizzo, in Italia e in valuta corrente italiana, entro 45 giorni.

Art. 6 – CONSULTAZIONE ON LINE

In caso di sinistro, la Società garantisce all'Assicurato la possibilità di visualizzare via Internet la sua pratica al fine di consentirgli il monitoraggio continuativo dello stato della medesima.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**Art. 7 – RICHIESTA DI ASSISTENZA**

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà richiedere informazioni relative all'assicurazione telefonando alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 ai seguenti numeri:

- dall'Italia **800 555 266**
- dall'estero **+39 011.7425507**

La Società garantisce tempi di risposta alla chiamata non superiori a 30 secondi dall'attivazione della chiamata stessa.

Art. 8 – PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è operante per gli iscritti alla Cassa e i pensionati attivi e, può essere estesa, dietro richiesta di ciascun iscritto e con costi a suo carico, ai familiari così come sopra individuati nelle Definizioni di Polizza, nel capoverso Nucleo Familiare. Non è previsto alcun limite di età.

Tale estensione implica l'applicazione ai familiari delle condizioni contrattuali di cui al presente testo con un adeguamento del premio in base ai seguenti criteri:

- **estensione a n. 1 familiare: il premio unitario lordo annuo è pari al premio unitario lordo annuo offerto per la "Polizza base";**
- **estensione a n. 2 familiari: il premio unitario lordo annuo per ciascun familiare, iscritto escluso, pari al premio unitario lordo annuo offerto per la "Polizza base";**
- **estensione a n. 3 o più familiari, il premio lordo annuo per l'intero nucleo familiare, iscritto escluso, è pari a tre volte il premio unitario lordo annuo offerto per la "Polizza base";**

Art. 9 – EFFETTO E DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio annuale sono stati pagati alla Società entro 45 giorni dalla data di effetto. In caso

contrario la polizza decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento. Il pagamento delle successive rate di premio dovrà essere effettuato alla Società entro il 45° giorno successivo alla data di scadenza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalla ore 24 del 45° giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 10 – PROSECUZIONE DELLA COPERTURA OLTRE LA SCADENZA

Qualora il ricovero abbia inizio prima della scadenza del contratto e prosegua oltre tale data, sono comprese le spese sostenute fino al 180° giorno post-ricovero. La garanzia è operante sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di cura.

Art. 11 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene per le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 12 – OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO TECNICO

La Società alle scadenze annuali si impegna a fornire al Contraente un dettaglio analitico dei sinistri così suddiviso:

1. sinistri denunciati;
2. sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva)
3. sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato)
4. sinistri respinti (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Inoltre, la società ad ogni scadenza mensile, si impegna a fornire al Contraente i dettagli dei sinistri aperti, dei sinistri respinti e dei sinistri liquidati.

A tale fine si concorda che viene istituito un tavolo a confronto a cadenza trimestrale in cui verranno congiuntamente esaminati:

- i dati aggiornati sull'andamento tecnico del piano sanitario;
- aspetti interpretativi contrattuali.

Art. 13 – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI DEGLI ASSICURATI

Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate, dopo ogni delibera della Cassa, per iscritto alla Società.

Nel caso di nuovi iscritti, la garanzia decorre dalle ore 24.00 del giorno della delibera del Direttore

Generale della cassa, sempre che questa venga comunicata alla Società entro 60 giorni; qualora l'iscrizione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora l'inclusione avvenga nel primo semestre assicurativo, il premio da pagare sarà pari al 100% dello stesso, qualora tale inclusione avvenga nel secondo semestre assicurativo, il premio da pagare sarà pari al 60% dell'intera annualità.

Nel caso di cessazione del rapporto di iscrizione alla Cassa, che la stessa dovrà comunicare mensilmente alla Società, la copertura avrà termine il 31 dicembre di ogni anno.

Art. 14 – ESONERO COMUNICAZIONE DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze stipulate dall'Assicurato per il medesimo rischio, fermo l'obbligo a carico di quest'ultimo di darne avviso in caso di sinistro ai sensi dell'art. 1913 c.c..

Art. 15 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare eventuali circostanze aggravanti il rischio ai sensi dell'art. 1898 c.c. e la Società rinuncia alla relativa facoltà di recesso.

Art. 16 – CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio composto da tre medici.

I membri del Collegio verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti; i risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare uno per ognuna delle parti. Si applicano i principi generali di cui alla Raccomandazione della Commissione europea n. 257/1998.

Le controversie di natura non medica sono portate all'attenzione di un'apposita Commissione permanente composta da quattro membri, due dei quali designati dal Contraente e due dalla Società. Alla medesima commissione è affidato il compito di tentare la bonaria composizione della controversia secondo canoni di lealtà e buona fede nei rapporti della Società con il Contraente e gli Assicurati. Si applicano i principi generali di cui alla Raccomandazione della Commissione europea n. 310/2001.

In alternativa alle procedure sopra indicate, rimane sempre salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 17 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Art. 18 – FORO COMPETENTE

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente il Foro di Roma.

Art. 19 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.



Art. 20 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

DEFINIZIONI DI POLIZZA**Accompagnatore**

La persona che assiste l'assicurato permanendo all'interno dell'istituto di cura e sostenendo spese di carattere alberghiero (vitto e pernottamento).

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione che si intende riservata agli Associati alla Cassa iscritti, ai Pensionati attivi e ai loro familiari.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione

Assistenza infermieristica

l'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma

Contraente

Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza in favore dei Dottori Commercialisti

Day Hospital

Degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Grande Intervento Chirurgico

Interventi chirurgici contenuti nell'elenco I allegato alla polizza.

Grande Evento Morboso

Eventi contenuti nell'elenco II allegato alla polizza.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Interventi chirurgici

Tutti gli interventi chirurgici che rientrano nell'elenco Grandi Interventi

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, sia convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale che privata, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, della case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione, Difetto fisico

Alterazione organica congenita.

Massimale

La disponibilità unica ovvero la spesa massima pagabile per ciascun assicurato o per l'intero nucleo, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso/indennizzo nell'anno assicurativo.

Nucleo familiare

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo e dai suoi familiari conviventi come risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, degli iscritti.

Quali familiari si intendono: il coniuge non legalmente separato convivente o il convivente more uxorio e i figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti e i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione o altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

Sono inoltre equiparabili ai figli, ai fini della copertura assicurativa, anche i figli del coniuge o del convivente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Ricovero ospedaliero

Degenza in Istituto di Cura, comportante almeno un pernottamento.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società

Società di Assicurazioni.

Visita specialistica

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione.

Si allegano:

Allegato I: *ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI*

Allegato II: *ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI*

ALLEGATO I: ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Neurochirurgia

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale. Ad esempio:

- craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali;
- asportazione di neoplasie endocrine, di aneurismi o correzione di altre condizioni patologiche;
- operazioni endocraniche per ascesso od ematoma intracranico;
- interventi di derivazione liquorale diretta o indiretta;
- operazioni per encefalo meningocele;
- lobotomia ed altri interventi di psicotomia;
- talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari;
- interventi per epilessia focale;
- neurotomia retrograsseriana, sezione intracranica di altri nervi;
- emisferectomia;
- idrocefalo ipersecretivo;
- chirurgia endoauricolare della vertigine;
- chirurgia translabyrinthica della vertigine. Interventi di cranio plastica, inclusa la plastica per paralisi del nervo facciale; inclusa la correzione del naso a sella; inclusa la riduzione delle fratture mandibolari con osteosintesi. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale.

Asportazione tumori dell'orbita per via endocranica.

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari). Ad esempio:

- interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore.

Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o trans toracica.

Interventi sul plesso brachiale. Ad esempio:

- vagotomia per via toracica;
- interventi associati sul simpatico cervicale e sui nervi splanchnici. Radiologia oncologica cerebrale con gamma knife.

Oculistica

Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare compresi:

- iridocicloretrazione;
 - trabeculectomia;
- Intervento di enucleazione del globo oculare.

Otorinolaringoiatra

Asportazione di tumori maligni del cavo orale. Ad esempio:

- parotidectomia con conservazione del facciale;
- asportazione della parotide per neoplasie maligne;
- interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento gangliare contemporaneo;
- interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento gangliare.

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia) Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale). Ad esempio:

- laringectomia orizzontale sopraglottica
- laringectomia parziale verticale
- laringectomia totale
- faringo-laringectomia

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare. Ad esempio:

- demolizione dell'osso frontale;
- decompressione del nervo facciale;
- decompressione del nervo facciale con innesto o raffia;
- resezione del nervo petroso superficiale;
- resezione del massiccio facciale per neofonnazioni maligne;
- resezione del mascellare superiore;
- operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- frattura del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare: trattamento chirurgico e ortopedico;
- frattura deimascellari superiori: trattamento chirurgico ortopedico; Ricostruzione della catena ossiculare. Ad esempio:
- chirurgia della sordità otosclerotica.

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari. Ad esempio:

- timpano plastica.

Chirurgia del collo

Tiroidectomia totale con o senza svuotamento laterocervicale mono o bilaterale.

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia.

Chirurgia dell'apparato respiratorio

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici. Ad esempio:

- resezioni segmentarie e lobectomia;
- decorticazione polmonare;
- pleuro-pneumectomia;
- toracectomia;
- toracoplastica;

Interventi per fistole bronchiali. Ad esempio:

- interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi;
- resezione bronchiale con reimpianto;
- interventi per fistole bronchiali cutanee; Interventi per echinococchi polmonare. Pneumectomia totale o parziale.

Interventi per cisti o tumori del mediastino. Ad esempio:

- asportazione del timo.

Chirurgia cardiovascolare

Interventi sul cuore per via toracotomica. Ad esempio:

- pericardiectomia;
- sutura del cuore per ferite;
- interventi per corpi estranei del cuore;
- interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici;
- commissurotomia;
- valvuloplastica della mitrale o dell' aorta;
- sostituzione valvolare con protesi;
- infartectomia in fase acuta;
- resezione aneurisma del ventricolo sinistro;
- by-pass aortocoronarico con vena;
- by-pass aortocoronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro;
- impianto di arteria mammaria secondo Vineber singolo o doppio;
- impianto di pace-maker epicardico per via toracotomica o frenico-pericardica;
- asportazione di tumori endocavitari del cuore.

Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia. Ad esempio:

- operazione per embolia dell'arteria polmonare;
- operazioni sull'aorta toracica.

Interventi sull'aorta addominale per via laparotomia. Ad esempio:

- disostruzione by-pass aorta addominale;
- interventi per la stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca;
- resezione arteriosa con plastica vasale.

Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale. Ad esempio:

- interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica o succlavia o arteria anonima.
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario.

Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi. Ad esempio:

- interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, troncobrachio-cefalico, iliache.

Asportazione di tumore glomico carotideo.

Chirurgia dell'apparato digerente

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago. Interventi con esofago plastica. Ad esempio:

- resezione dell'esofago con esofagoplastica in un tempo;

- interventi per diverticolo dell'esofago;
- collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparotomica;

Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria. Operazioni sull'esofago per stenosi benigne per tumori resezioni parziali basali, alte o totali. Intervento per mega-esofago.

Resezione gastrica totale.

Resezione gastro-digiunale. Ad esempio:

- resezione gastrica

- resezione del tenue
- occlusione intestinale: di varia natura: resezione intestinale;
- resezione anche per ulcera peptica post-anastomica;
- cardiomiectomia extramucosa

Intervento per fistola gastro-digiunocolica. Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia). Ad esempio:

- laparotomia per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali idem con lesioni dell'intestino: resezione intestinale;
 - resezione ileo-cecale
- Interventi di amputazione del retto-ano. Ad esempio:

- amputazione del retto per via sacrale;
- amputazione del retto per via addominoperineale.

Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale. Exeresi di tumori dello spazio retro peritoneale.

Drenaggio di ascesso epatico Ad esempio:

- interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia - colecistoenterostomia)
- Interventi per echinococcosi epatica.
Resezioni epatiche.

Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari. Ad esempio:

- epatico e coledocotomia;
 - papillotomia per via trans-duodenale;
- Interventi chirurgici per ipertensione portale. Ad esempio:

- anastomosi porta-cava e spleno-renale;
- splenectomia;
- anastomosi mesenterica-cava.

Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laprotomica. Ad esempio:

- interventi di necrosi acuta del pancreas;
- interventi per fistole pancreatiche;

Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomici. Ad esempio:

- interventi per cisti e pseudocisti del pancreas: enucleazione delle cisti, marsupializzazione.
- Interventi per neoplasie pancreatiche Ad esempio: interventi demolitivi del pancreas: totale o della testa o della coda.

Urologia

Nefroureterectomia radicale Ad esempio:

- nephrectomia allargata per tumore;
- nephrectomia per tumore di Wilms.

Surrenalectomia Interventi di cistectomia totale. Ad esempio:

- cistectomia totale con ureterosigmoidostomia.

Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia. Ad esempio:

- interventi per fistola vescico-rettale;
- interventi per fistola vescico-intestinale;
- intervento per estrofia vescicale;
- cura chirurgica di fistola vescico-vaginale;
- cura chirurgica di fistola ureterale;

-ileocisto-plastica - colecisto plastica. Cistoprostatovescicolectomia.

Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale. Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare.

Prostatectomia endoscopica.

Ginecologia

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia. Ad esempio:

- panistherectomia radicale per via addominale;
- panistherectomia radicale per via vaginale;
- eviscerazione pelvica;

Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica, comprensivo di:

- creazione operatoria di vagina artificiale;
- creazione del condotto vaginale con inserimento di protesi;
- creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico;
- cura chirurgica di fistola retto-vaginale;
- metro plastica;

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia. Ad esempio:

-intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria. Interventi demolitivi a carico della mammella per neoplasia maligna.

Ortopedia e traumatologia

Interventi per costola cervicale. Interventi di stabilizzazione vertebrale. Interventi di resezione di corpi vertebrali.

Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio.

Trapianto di cartilagine articolare.

Interventi demolitivi per tumori ossei con eventuale trapianto osseo.

Chirurgia pediatrica (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy). Ad esempio:

-cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).

Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite. Ad esempio:

- atresia dell'esofago;
- fistola dell'esofago;
- atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- teratoma sacro-coccigeo;
- fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale. Correzione chirurgica di megauretere congenito.

Correzione chirurgica di megacolon congenito. Ad esempio:

- megauretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson.

Trapianti di organo

Tutti. Ad esempio:



- trapianto di cornea;
- trapianto cuore e/o arterie;
- trapianto organi degli apparati digerente, respiratorio, urinario.

Chirurgia odontoiatrica

Interventi di innesto osseo per rialzo della cresta alveolare della mandibola o della mascella finalizzato alla successiva esecuzione di un numero di impianti che sia almeno superiore a tre e sempreché questi tipi di interventi siano dovuti a:

osteiti mascellari;

- neoplasie ossee della mandibola e della mascella;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- adamantinoma.

Un aspetto liquidativo specifico di questa tipologia di interventi è la necessità per la Società di esaminare gli esami radiografici precedenti e successivi all'intervento.

ALLEGATO II: ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni: Ulcere torpide e decubiti

Sovrainfezioni Infezioni urogenitali Ipertensione instabile Neuropatie

Vasculopatie periferiche.

Insufficienza cardiaca e labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni: Dispnea

Edemi declivi estasi polmonare Ipossiemia

Alterazione equilibrio idro-salino Riacutizzazione-acuzio

Aritmie

Cardiopatia ischemica Insufficienza cardiaca congestizia Angina instabile

Aritmie gravi

Infarto e complicanze

Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno tre tra le seguenti manifestazioni: Acuta

Edema polmonare

Cronica in trattamento riabilitativo

Con ossigenoterapia domiciliare e continua con ventilazione domiciliare Cronica riacutizzata

Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale Neoplasie maligne - accertamenti e cure

Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni

Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali Patologie neuromuscolari evolutive

Tetraplegia Sclerosi multipla

Sclerosi laterale amiotrofica

Miopatie Ustioni gravi (terzo grado) con estensione almeno pari al 20% del corpo Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali

M. di Parkinson caratterizzato da: riduzione attività motoria

mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta Stato di Coma

Alzheimer

Malattie mentali e disturbi psichici caratterizzate da una tra le seguenti manifestazioni: Disturbi ciclotimici con crisi subentranti o forme croniche gravi

Nevrosi fobico ossessiva grave Nevrosi isterica grave

Psicosi ossessiva

Sindrome delirante cronica Sindrome schizofrenica cronica

Sindrome depressiva endogena/esogena grave.